



Orthopedic Institute of Rio Grande Valley, PA
1203 E. Alton Gloor Blvd.
Brownsville, Texas 78526
Phone: 956-544-BONE (2663)
Fax: 956-542-2366

REGISTRO DEL PACIENTE

Favor de escribir en letra de molde para poder procesar sus datos en una manera más efectiva, gracias!

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre:

Sexo: Masculino / Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #:

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono de trabajo #:

Correo electrónico: _____

Forma de contacto preferida: (circule uno) Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Teléfono de Celular

Idioma: Inglés / Español Raza: _____ Etnicidad: _____ Prefiere no contestar:

Estado Civil: (circule uno) Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Puede manejar y asistir a visitas médicas solo(a)? (circule uno) Si / No

A quien podemos agradecer por referirlo(a)? Publicación Doctor Primario Medico Especialista
Familia o Amistad Otro: _____

Cuál es su farmacia de preferencia: _____

PRIVACIDAD

Autoriza recibir notificaciones por teléfono celular sobre su cita o resultados: (circule uno) Si / No

Autoriza la importación del historial de sus medicamentos (circule uno) Si / No

PERSONA RESPONSABLE POR SUS DECISIONES MÉDICAS

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre:

Parentesco: _____

En Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____
Número de Teléfono: _____

CONTINUACION

Empleo

Empleo: _____ Teléfono de Trabajo:

Ocupación: _____

Aval

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre:

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Medico

Compañía de Seguro:

Por medio de la presente, yo autorizo la liberación de cualquier información acerca de mi (o mi hijo(a)) asistencia médica, el consejo y tratamiento proveído para la evaluación y la administración de reclamaciones para ventaja de seguros. También por este medio, autorizo el pago de ventajas de seguros por otra parte pagaderas por mí directamente al doctor. Esta autorización será válida hasta que yo la revoque por medio de una carta escrita. Yo entiendo que soy responsable de liquidar cargos no cubiertos bajo mi seguro médico.

Firma de Paciente: _____ Fecha:

Nombre de Paciente: _____

RECONOCIMIENTO DE REVISAS DE NOTICIA DE PRACTICA PRIVADAS

Yo he revisado el Aviso de Practica de su oficina que me explica cómo podrá ser usada y revelada mi información médica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

Firma de Paciente o Representante Personal

Nombre de Paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de Autoridad de Representante Personal

****Si usted trae los discos de su radiografía o MRI y lo necesita de vuelta, es responsabilidad del paciente pedirlo después de la visita. Discos de radiografía o MRI se dispondrá después de 7 días de visita a la oficina****

Iniciales del paciente: _____

Si la radiografía se tomó en nuestra oficina y el paciente está solicitando una copia

hay una cuota de \$ 5.00. Si el paciente está solicitando copias de los registros médicos, hay una tarifa de \$ 25.00. Gracias

EXPEDIENTE DEL PACIENTE

En general, el **HIPPA** privada regulariza al individual el derecho a requerir restricciones y usos de la información protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de obtener comunicaciones confidenciales o comunicación de PHI echo por formas alternativas, como mandar correspondencia a la oficina del individuó o al hogar.

Firma del Paciente: _____

Fecha:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento:
